

Flexibilisering van de Operatieve Electieve Zorg

Concept 2 juli 2020

Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie (NvA), Nederlandse Vereniging voor Heelkunde (NVvH), Nederlandse Vereniging voor Anesthesiemedewerkers (NVAM), Landelijke Vereniging voor Operatie-assistenten (LVO) en de Beroepsvereniging voor Recovery Verpleegkundigen (BRV)

1. Inleiding

De electieve klinische operatieve zorg werd vanaf 9 maart 2020 sterk gereduceerd in Nederland om personele en infrastructurele capaciteit vrij te spelen voor de IC-opvang van COVID-patiënten. Veelal zijn anesthesiologen, anesthesiemedewerkers, operatieassistenten en recoveryverpleegkundigen ingezet op de IC-afdelingen. De mate van reductie van de operatieve capaciteit varieerde per regio en per locatie. Gemiddeld is afgeschaald naar ongeveer 30% van de reguliere operatieve capaciteit.

Nu de IC-behoefte van COVID-patiënten gestaag daalt, is het zaak om de electieve operatieve zorg grotendeels weer opgestart. Daarnaast is het ook zaak te kijken naar de mogelijkheden om het door de COVID crisis ontstane stuwmeer aan uitgestelde operaties weg te werken.

Personeel, infrastructuur, capaciteit op OK, recovery, IC, PACU en verpleegafdelingen, beschermingsmiddelen en medicatie vormen de randvoorwaarden voor een succesvolle hervatting van electieve klinische operatieve non-COVID zorg en het wegwerken van het stuwmeer aan uitgestelde operaties.

Het doel van dit document is om vanuit de organisaties die betrokken zijn bij de peri-operatieve zorg aanbevelingen te doen voor optimalisering van de operatieve electieve zorg.^{1,2,3} Dit concept is opgesteld door de Nederlandse Vereniging voor anesthesiologie, de Nederlandse Vereniging voor Heelkunde, de Nederlandse Vereniging voor Anesthesiemedewerkers (NVAM), de Landelijke Vereniging voor Operatieassistenten (LVO) en de Beroepsvereniging voor Recovery Verpleegkundigen (BRV). Het concept zal op 8 juni 2020 worden voorgelegd aan de wetenschappelijke verenigingen voor Gynaecologie,

¹ <https://www.aorn.org/-/media/aorn/about-aorn/newsroom/covid/joint-statement-roadmap-for-resuming-elective-surgery-after-covid-19-pandemic---04172020.pdf?la=en&hash=9D63228161C6FE2E70730B1682C4778B>

² <https://www.aei.org/wp-content/uploads/2020/03/National-Coronavirus-Response-a-Road-Map-to-Recovering-2.pdf>

³ <https://www.facs.org/covid-19/clinical-guidance/roadmap-elective-surgery>

Neurochirurgie, KNO en Hoofd-Hals Chirurgie, Urologie, Orthopedie, Plastische Chirurgie, Cardiothoracale Chirurgie, Kaakchirurgie en Oogheelkunde voor input en instemming.

De Nederlandse Zorg Autoriteit (NZA) is gevraagd de coördinatie van de hervatting van electieve zorg te verzorgen. Derhalve wordt dit plan van aanpak in eerste instantie aangeboden aan de NZA namens de wetenschappelijke verenigingen betrokken bij de operatieve zorg, de NVAM, de LVO en de BRV.

2. Probleemschets

De COVID zorg heeft veel gevraagd van de zorgprofessionals en zal nog gedurende langere tijd een extra aanslag doen op de mensen in de zorg. Dit geldt in het bijzonder voor de zorgprofessionals in de operatieve zorg. De schaarste aan OK personeel (anesthesiemedewerkers, OK assistenten en recovery verpleegkundigen) heeft gevolgen voor zowel de operatieve zorg als de opschaling van IC bedden.

Ten eerste zijn we in Nederland zmet een schaarste aan zorgprofessionals de crisis ingegaan. Het is van belang te realiseren dat er volgens McKinsey voor de COVID-crisis 8.000 vacatures in de Nederlandse ziekenhuizen waren en dat 70 % van het ziekenhuispersoneel (~ 225.000 personen) parttime werkte.⁴ Specifiek voor OK personeel blijkt uit het Capaciteitsplan 2018-2021

⁴ Specifiek voor OK personeel blijkt uit het Capaciteitsplan 2018-2021 van het Capaciteitsorgaan een tekort aan 166 fte anesthesiemedewerkers en 212 fte operatieassistenten in 2018.

Nederland telt 2780 anesthesiemedewerkers, welke 2370 FTE bemensen (rapport capaciteitsorgaan; parttime factor 0,81) en 5207 operatieassistenten, welke 4036 bemensen (rapport capaciteitsorgaan; parttime factor 0,78). Op basis van ramingen van het capaciteitsorgaan zijn er 166 moeilijk opvulbare vacatures voor anesthesiemedewerkers en 212 moeilijk opvulbare vacatures voor operatieassistenten (peiljaar 2018).

Uitstroom onder operatieassistenten: 300 ouder dan 60 jaar en 152 jonger dan 60 jaar. De instroom door opleiden bedraagt 253 personen. Netto is er een tekort van 199 operatieassistenten per jaar. Met een percentage van 7,4% ouder dan 60 jaar zal de uitstroom de komende jaren toenemen.

Uitstroom onder anesthesiemedewerkers: 214 personen ouder dan 60 (inclusief pensioen). En 88 onder de 60 jaar. Hierbij is bekend dat ruim 50% een baan zoekt buiten de gezondheidszorg. De instroom door opleiden bedraagt 180 personen. Netto is er een tekort van 122 Anesthesiemedewerkers per jaar. Met een percentage van 10% boven de 60 jaar zal de uitstroom door het bereiken van de pensioengerechtigde leeftijd de komende jaren nog flink toenemen.

Het capaciteitsorgaan heeft in 2018 (in 2016 was dit advies 643 OA en 303 AN) voor beide beroepsgroepen het advies gegeven om de instroom met respectievelijk 1068 operatieassistenten en 492 anesthesiemedewerkers

van het Capaciteitsorgaan een tekort aan 166 fte anesthesiemedewerkers en 212 fte operatieassistenten in 2018.

Ten tweede heeft de eerste piek van COVID patiënten op de IC laten zien dat anesthesiemedewerkers en operatieassistenten de aangewezen groep zijn om de IC capaciteit flexibel te vergroten. Deze inzet gaat ten koste van de reguliere operatieve zorg en het wegwerken van uitgestelde operaties. Zij zijn snel inzetbaar op basis van hun expertise en vaardigheden en hebben reeds ervaring opgedaan tijdens de afgelopen crisis. De keerzijde hiervan was dat er, door de reeds bestaande tekorten, onvoldoende mensen beschikbaar zijn gebleven om de reguliere OK zorg te continueren.

Bij het hervatten en optimaliseren van de operatieve Non-COVID zorg lopen we tegen de reeds voor de COVID crisis aanwezige tekorten van anesthesiemedewerkers, operatieassistenten en recovery medewerkers aan en moet er rekening worden gehouden met niet-inzetbaarheid van zorgmedewerkers door verlof na overwerk tijdens COVID-crisis, COVID-ziekte bij personeel en burn-out.¹¹

Voor een volgende COVID piek dient dan ook niet alleen rekening gehouden te worden met het opschalen van de IC zorg, maar ook met de opschaling van normal-care COVID zorg en het continueren van de reguliere operatieve electieve zorg.

3. Oplossingsrichtingen

De COVID-19 crisis heeft vernieuwing gebracht in het denken en handelen. Veel zorgverleners zijn op andere afdelingen ingezet. Korte scholingen en instructies met behulp van digitale hulpmiddelen zijn opgezet om zorgverleners te hiervoor te scholen.

Door de flexibele inzet van personeel in de COVID-19 crisis is zichtbaar geworden, dat het mogelijk is een **flexibele schil** van zorgmedewerkers te creëren, die op verschillende afdelingen ingezet kunnen worden. Voordeel van deze flexibele schil is, dat bij een tijdelijke toename van zorgvraag snel en flexibel kan worden opgeschaald en dat deze flexibele opschaling mogelijk is op de gehele acute as. (IC, SEH, perioperatieve zorg). Peri-operatieve

te verwezenlijken om de gevraagde capaciteit voor de toekomst te kunnen waarborgen, deze is de afgelopen jaren niet gehaald.

medewerkers kunnen middels een harmonica model de capaciteit leveren waar nodig tijdens een periode van crisis. Vice versa zou IC personeel ingezet kunnen worden op de recovery en PACU-afdelingen voor het opschalen van electieve zorg

Voor de toekomst is het opzetten en onderhouden van deze flexibele schil kosteneffectiever en toekomstbestendiger dan inzetten op structurele opschaling van bv IC capaciteit en OK capaciteit, temeer omdat de zorgvraag bij een volgende pandemie, met een ander ziektebeeld, zeer goed ook op andere vlakken kan liggen, zoals bijvoorbeeld de zorgafdelingen en de perioperatieve zorg.

Het voorstel is om hierbij een flexibel model te hanteren waardoor een flexibele pool van medewerkers ontstaat die binnen de gehele acute as (SEH, OK en IC) kan worden ingezet.

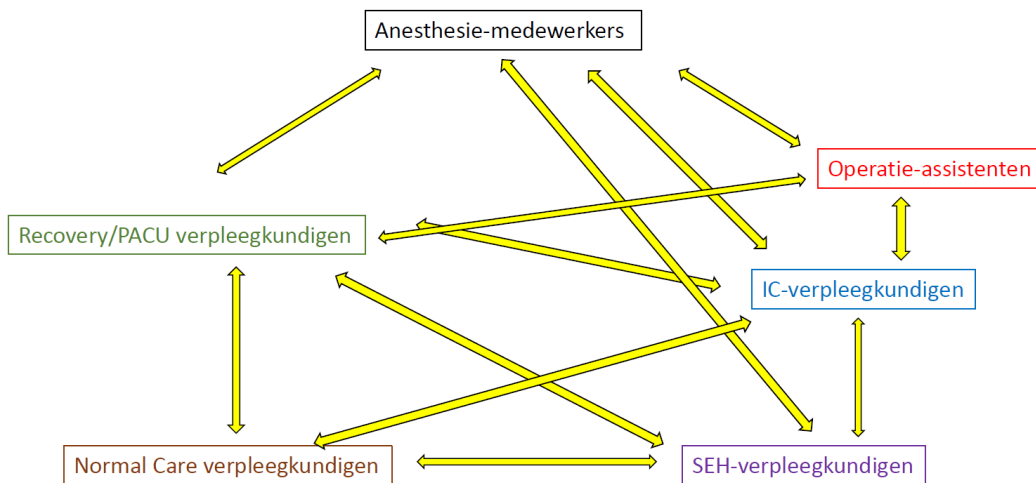
Medewerkers in het perioperatieve traject kunnen op verschillende manieren worden ingezet, waarbij gekeken moet worden welke competenties de betreffende medewerkers hebben vanuit hun opleiding en eigen vakgebied en welke competenties extra nodig zijn om als buddy ingezet te worden op een ander vakgebied. Een voorbeeld hiervan is opgenomen in Tabel 1.

	AMW	PACU	VPK	OA
1. OPNAME				
Klaarmaken lijnen/systemen				
Inbrengen infuus/CAD				
2. ASSISTEREN BIJ				
Intubatie				
Buikligging ('zwemmen' & draaien patient)				
Inbrengen CVL, arteriële lijn en CVVH lijn				
3 VERZORGING				
ADL en mondzorg				
Zorg voor trachea canule				
Verzorgen van lijnen				
4. MONITOREN & REGISTREREN				
4.1 Neurologie				
EMV-score, pupilcontrole, NRS & CCPOT				
RASS & ICDSC				
4.2 Hemodynamiek				
Ritme frequentie & drukken				
Urine productie en vochtbalans				
4.3 Respiratie				
Bij onbeademde patiënt (saturatie & AH frequentie)				
Bij beademde patiënt (saturatie, AH-frequentie & ETCO2)				
5. LUCHTWEGMANGEMENT				
Low-flow: Zuurstofbril, -masker				
High-flow				
Non-invasief beademen (NIV)				
5.1 Beademde patiënt (interventie altijd overleggen)				
PC en PS beademen				
ASV-intelligent beademing				
Spontaneous breathing trial				
Uitzuigen via tube & tracheacanule				
Gebruik gesloten uitzuigstelsel				
6. MEDICATIE				
Bereiden en dubbele controle				
Toediening medicatie (altijd in overleg: wat en over welke lijn)				
Toediening en bijsturen inotropie				
Nurse driven protocollen opvolgen				
7. LAB-BEPALINGEN				
Bloedafname via venapunctie. Perifeer infuus & centrale lijn				
Bloedname via arteriële lijn				
Urine-, feces-, & sputumkweek (zonder uitzuigstelsel)				
8. EPD REGISTRATIE				
Bijhouden werklijst en opzet rapportage (overdracht door IC-vpk)				
9. TRANSPORT				
Geintubeerde patiënt				
Niet-geintubeerde patiënt, met HD-ondersteuning				
Niet-geintubeerde patiënt, zonder HD-ondersteuning				
10. END OF LIFE CARE				
Patiënten protocollen rondom end of life care				
Familie en naasten begeleiden bij end of life care				

Legenda		Bevoegd en bekwaam
		Bevoegd en bekwaam na instructie
		Bevoegd en bekwaam na instructie, registreert niet EPD
		Niet bevoegd

Tabel 1. Competenties Anesthesiemedewerkers, PACU/recoveryverpleegkundigen, verpleegkundigen en operatieassistenten.

De mogelijkheden voor wederzijdse inzetbaarheid van de medewerkers in het peri-operatieve programma die hierdoor ontstaan zijn groot zoals weergegeven in figuur 1.



Mogelijkheden voor wederzijdse inzetbaarheid als 'buddy'

Fig.1. Wederzijdse inzetbaarheid als buddy

Het raamwerk van het nieuwe flexibele opleiden (Contouren van het nieuwe CZO-opleidingsstelsel) kan hiervoor gebruikt worden.⁵ De geschetste contouren worden uitgewerkt in de themaclusters en de Entrustable Professional Activities (EPA's) worden vertaald naar deskundigheidsgebieden en eindtermen.

Na het volgen van een brede acute basis kan men verder specialiseren naar bijvoorbeeld IC of SEH. Bij een latere overstap (of inzet in de flexibele schil) behoeft alleen nog het specialistische deel behaald te worden, waarvan de EPA's gedefinieerd zijn. Reeds werkzame professionals kunnen door middel van deze gedefinieerde EPA's ook extra competenties behalen om ook op andere deelgebieden in de flexibele ingezet worden.

4. Aanbevelingen

⁵ Contouren van het nieuwe CZO-opleidingsstelsel, Vastgesteld in Stuurgroep CZO Flex Level januari 2020 www.czoflexlevel.nl/publicatie/contouren-van-een-nieuw-opleidingsstelsel-opleidingsarchitectuur/

De volgende principes zijn van belang om de hervatting en optimalisering van electieve klinische operatieve non-COVID zorg en het wegwerken van uitgestelde operaties succesvol te laten verlopen.

4.1 Maximaliseren menskracht

Het maximaliseren van op OK inzetbare menskracht is mogelijk door enerzijds in te zetten op de bestaande tekorten door de opleidingsaantallen te vergroten, zodat de door de capaciteitsraming berekende opleidingsaantallen ook daadwerkelijk gehaald worden en anderzijds op korte termijn te kijken naar de mogelijkheden om personeel flexibel in te zetten en alternatieve bronnen aan te boren zoals medisch studenten in een buddy systeem.

Daarnaast kan ook gedacht worden aan zij instroom. Om voldoende instroom te bewerkstelligen zijn goed arbeidsvoorwaarden, goed loopbaanperspectief en het meer aantrekkelijk maken van de beroepen een belangrijke voorwaarde.

Inzoomend op de individuele medewerker kan er winst worden behaald door deze in te zetten voor werkzaamheden enkel bijdragend aan het primair proces en randwerkzaamheden doelmatiger onder te brengen Bijvoorbeeld: medicatie gereedmaken door de apothekers assistenten, klaarzetten materialen door logistiek medewerkers en secretariële ondersteuning.

4.2 Ondersteuning zorgprofessionals

De COVID crisis heeft veel geëist van de zorgprofessionals. Peer support en ondersteuning door derden moeten beschikbaar zijn voor de mensen in de zorg. Evaluatiemomenten zijn hierbij een goed hulpmiddel.

Daarnaast zal er ook bij opschaling electieve zorg rekening moeten worden gehouden met

de belastbaarheid van personeel. Extra inzet is op basis van vrijwilligheid en binnen de gestelde kaders.⁶

4.3 Flexibilisering van zorg

Bij een opschaling van COVID-zorg in de Nederlandse ziekenhuizen in de nabije toekomst dient niet alleen rekening gehouden te worden met het opschalen van de IC zorg maar ook met de opschaling van normal-care COVID zorg naast de reguliere electieve OK zorg.

Volgens de RIVM lagen tijdens de piek van de crisis 1316 COVID patiënten op de IC en 2362 COVID patiënten op de normal care afdelingen. Toen lag de electieve OK capaciteit volledig stil. Als de normal care afdelingen beter ondersteund zou zijn, was het mogelijk geweest de electieve operatieve zorg beter te preservareren.

Tijdens de Corona crisis zijn anesthesiemedewerkers en operatieassistenten ingezet op de intensive care afdelingen. De Vereniging Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN) heeft middels een enquête onderzocht hoe de verpleegkundigen de kwaliteit van zorg hebben ervaren. De stelling 'Door de hulp van ondersteunende collega's was ik in staat om kwalitatief goede zorg te leveren' werd door 30 % positief en door 3% zeer positief gereageerd. De IC-verpleegkundigen beoordeelden de competentie 'beademingszorg' in 21 % als goed en 47 % van hen was tevreden over deze competentie. De competentie 'medicatioediening' werd door 34 % als goed bestempeld en door 53 % als voldoende. De competentie psychosociale verzorging werd door 75,5 van de respondenten als matig tot slecht beoordeeld. De samenwerking met de ondersteunende collega's werd door 56 % als goed gekwalificeerd en door 14 % als zeer goed.⁷

Wij adviseren om naast het onderzoek van V&VN ook de andere betrokkenen te horen aangaande de ervaringen opgedaan tijdens de Corona crisis om een volledig beeld te krijgen.

⁶ <https://www.icn.ch/news/icn-calls-government-action-stop-attacks-nurses-time-when-their-mental-health-and-wellbeing>

⁷ Bron V&VN 15 mei 2020

V&VN geeft aan minimaal 1,5 jaar nodig te hebben om extra IC verpleegkundigen te kunnen scholen. Dit heeft 2 implicaties:

1. Op korte termijn zijn anesthesiemedewerkers en operatieassistenten de aangewezen groep. Zij zijn snel inzetbaar. Het inzetten van ander personeel en de hierbij benodigde scholing zal niet snel kunnen gebeuren. Dus komende 1,5 jaar zal bij opschalen gebruik moeten worden gemaakt van OK personeel. Als er geen actie wordt ondernomen om de capaciteit van OK-personeel te vergroten, zal een dergelijke inzet ten koste gaan van de reguliere operatieve zorg.

2. Focus op het opleiden van IC verpleegkundigen om structureel meer IC-bedden te realiseren voor inzet bij calamiteiten zonder tevens aandacht te geven aan het opleiden en bijscholen van medewerkers in het peri-operatieve programma zal leiden tot verder oplopende wachtlijsten voor electieve operatieve zorg. Het voorstel is om hierbij een flexibel model te hanteren waardoor een flexibele pool van medewerkers ontstaat die binnen de gehele acute as (SEH, OK en IC) kan worden ingezet. Hierdoor kunnen de peri-operatieve medewerkers middels een harmonica model de capaciteit leveren waar nodig tijdens een periode van crisis. Vice versa zou IC personeel ingezet kunnen worden op de recovery en PACU-afdelingen voor het opschalen van electieve zorg. De beroepsverenigingen kunnen hierbij aangeven en adviseren welke opleidingsrichtingen het meest geschikt zouden zijn. Daarnaast kan er een overzicht worden gemaakt van overlap in competentie tussen de verschillende zorgberoepen in de acute as (SEH, IC, OK). Een dergelijk overzicht voor anesthesiemedewerkers, PACU-verpleegkundigen, verpleegkundigen en operatieassistenten is weergegeven in tabel 1.

4.4 Regionale aanpak

Het is van belang om gebruik te maken van bekende samenwerkingsstructuren zoals oncologische netwerken en opleidingsregio's in te zetten voor de hervatting van electieve klinische operatieve non-COVID zorg. Deze netwerken moeten in een multidisciplinair

regionaal team, dat eveneens vertegenwoordigers uit de anesthesiologie en intensive care omvat, met elkaar worden verbonden om thema-overstijgende capaciteiten zoals intensive care optimaal te benutten. Deze multidisciplinaire teams zouden het meest effectief functioneren als regionale doorzettingsmacht wordt toegekend.

4.5 Multidisciplinaire planning

De besluitvorming over benutting van operatiecapaciteit vindt multidisciplinair plaats waarbij op basis van de urgentie van de individuele patiënt wordt gepland en niet op basis van historische operatietijdverdeling.⁸ De mate van urgentie wordt bepaald door de urgentielijsten die zijn opgesteld door de wetenschappelijke verenigingen.⁹ De Nederlandse Zorgautoriteit (NZA) heeft inmiddels urgentielijsten opgesteld die richtinggevend zijn maar niet bepalend. Inschatting van de urgentie van de individuele patiënt blijft leidend.

Het multidisciplinaire team omvat enkele vertegenwoordigers van de snijdende afdelingen en de anesthesiologie die een overzicht van meest urgente patiënten wekelijks ophalen bij alle snijdende afdelingen, anesthesiologie, intensive care, anesthesiemedewerkers, recoveryverpleegkundigen en operatieassistenten.¹⁰ Dit team stuurt centraal het peri-operatieve proces aan waarbij decentrale planbureaus het uitgezette beleid uitvoeren.

Ervaring met het dagelijkse zorgproces en klinische besluitvorming is een voorwaarde om deel uit te maken van het multidisciplinaire team. Een medisch ethicus wordt met regelmaat geconsulteerd om de leden van het multidisciplinair team te ondersteunen bij evenwichtige besluitvorming.¹¹

⁸ JA WEPLCMS. Operationalizing the Operating Room: Ensuring Appropriate Surgical Care in the Era of COVID-19. *Ann Surg.* 2020.

⁹ Handvat voor chirurgische ingrepen tijdens Corona crisis. <https://heelkunde.nl/nieuws/handvat-voor-chirurgische-ingrepen-tijdens-corona-crisis>

¹⁰ Surgeons ACo. Create a Surgical Review Committee for COVID-19-Related Surgical Triage Decision Making. 2020; <https://www.facs.org/covid-19/clinical-guidance/review-committee>.

¹¹ Restarting planned surgery in the context of the COVID-19 pandemic
A strategy document from the Royal College of Anaesthetists, Association of Anaesthetists, Intensive Care Society and Faculty of Intensive Care Medicine Restarting planned surgery in the context of the COVID-19 pandemic A strategy document from the Royal College of Anaesthetists, Association of Anaesthetists, Intensive Care Society and Faculty of Intensive Care Medicine 1 May 2020 | icmanaesthesiacovid-19.org

4.6 Prioritering

Nationale en internationale wetenschappelijke verenigingen hebben gedefinieerd welke patiënten prioriteit verdienen.¹² Ieder ziekenhuis zal nationale en internationale richtlijnen toetsen aan lokale omstandigheden en behandelprotocollen. Klinische en radiologische herbeoordeling van patiënten wordt aanbevolen om prioritering op basis van progressie van ziekte aan te passen.

4.7 Zorgmodellen

Er bestaat bereidheid om bestaande werkprocessen open en innovatief te evalueren teneinde menskracht nog efficiënter in te zetten. Het zou goed zijn om een multidisciplinaire werkgroep in te richten die in samenwerking met het Zorg Instituut Nederland logistieke processen zowel binnen organisaties als instellingsoverschrijdend herevalueert.

¹² Surgeons ACo. COVID-19: Elective Case Triage Guidelines for Surgical Care. 2020
https://www.facs.org/-/media/files/covid19/guidance_for_triage_of_nonemergent_surgical_procedures.ashx.